

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



2437  
Déclaration de Maladie

M22- 0010699

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : A 65047  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BENDAOUD DELBEKKAI  
 Date de naissance : 21-7-1958  
 Adresse : RUE 562 NO 1 TR RAS T  
 I M E Z G A N E  
 Tél. : 0666421080 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Neurologique  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24 MAI 2023	S		250,007	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/23	334,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	B	D	G	00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																		
	25533412	00000000	21433552	00000000																	
D	B	D	G																		
00000000	35533411	00000000	11433553																		
			<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. MOHAMED EL MALKI**  
NEUROCHIRURGIEN - Adultes & Enfants

Ex. Neurochirurgien aux hôpitaux de France (Nancy)  
Ex. Neurochirurgien à l'hôpital Hassan II - Agadir  
Neurochirurgien à la polyclinique CNSS - Agadir  
DU d'électroencéphalogramme - DU de microchirurgie  
DU de stéréotaxie cérébrale - DU de l'expertise  
médicale et de la réparation  
des dommages corporels



الدكتور محمد المالكي  
جراح الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري - كبار و صغار

جراح سابق بمستشفيات فرنسا  
شهادة جامعية في الجراحة المجهرية  
جراح الدماغ و الأعصاب بمستشفى الحسن 2 - أكادير سابقا  
جراح الدماغ و الأعصاب بمصحة الضمان الإجتماعي أكادير  
شهادة جامعية في الجراحة التجمسية للدماغ  
شهادة جامعية في التخطيط الكهربائي للدماغ  
شهادة جامعية في الخبرة الطبية

Agadir le : -----

24 MAI 2023

Pharmacie TAJ  
Dr. SOUBHATJ  
Av. Miy Ali Cherif N° 325 Kasdoura  
INEZGANE - Tél.: 05 28 33 42 47

*Handwritten notes and signatures:*  
255.00  
1  
28.80 + 2  
3) 22.00  
24.07.2023  
Docteur M. EL MALKI  
Neurochirurgien (Adultes & Enfants)  
ACADIR  
NPE : 05 28 22 21 19

عمارة برج الحكمة الطابق الثاني رقم 6 شارع الحسن الأول (قرب دار الضريبة) الدائنة أكادير - المغرب

Immeuble Borj Al Hikma 2ème étage N°6, boulevard Hassan I, 80 000, Dakhla Agadir - Maroc

Tél / fax: 05 28 22 21 19 - Email: neurochirurgien.elmalki@gmail.com

Lot.: 22L359  
Exp.: 08.2025  
PPV: 255DH00



6 118001 040858

AMM N°: 80/2020 DMP/21/NRS

PPV 28,80  
LOT  
PER



PPV 28,80  
LOT  
PER



VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593



6 118000 180593

CédoL®

20 Comprimés



6 118000 180913

ستمديك

28,80